

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2024001

申请日期: 2023年12月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	许博浩	男	2021.11.15		广东		
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	范可尼贫血	广州妇女儿童医院	2022.11	50万	20285422		☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 _____%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童____名;		
	父亲: 许少彬	29	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元		
	母亲: 林洁帆	27	健康		3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 0辆小车		
					4、家庭困难类型: ☐ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☒ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由(请详细描述)	小孩因2022年确诊为范可尼贫血,目前已花费20多万,需要造血干细胞移植,而第一次移植失败,现需第二次移植,父母要照顾小孩没有任何收入,后续治疗费用跟二次移植还需40万 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 许少彬 2023年12月22日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 范可尼贫血 拟行干细胞移植1次, 费用约50万元。						
	医师签名: 王少彬 2023年12月22日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 15,000 元 (大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王少彬 2023年12月25日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000 元 (大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 高晓 2023年12月31日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: 许博浩

性别: 男

年龄: 2岁

病种: 范可尼贫血

治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟 元整), 将作为 许博浩 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许少彬

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其翔

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 1 月 2 日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 许博浩 性别: 男 年龄: 1岁8月 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 02 住院号: 20285422
(增)

诊断: 1. 范科尼贫血 2. 感染性发热 3. 右侧中耳乳突炎

医嘱及建议: 患儿于2023. 08. 14-至今在我院血液肿瘤科（增）住院治疗。



医师签名: 张晓明/杨健萍/陈冰倩

日期: 2023-11-07

注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



核发单位: 揭东区民政局
 发证日期: 2023.12.6
 户主姓名: 许博浩
 身份证号码: [REDACTED]
 低保证编号: [REDACTED]

姓名	许博浩	性别	男
出生年月	2021.11.15	民族	汉
低保卡 (低保户) 号码		家庭 人口	1
居住 地址	[REDACTED]		
户籍 地址	[REDACTED]		
低保资金 发放账号	[REDACTED]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入

